

НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616/316–002–06:616.89
DOI

©В. В. Криничко

Центр психотерапевтичної реабілітації, м. Харків

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА НЕЙРОГОРМОНАЛЬНІ ВІДХИЛЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ НЕВРОГЕННИМ СІАЛОАДЕНІТОМ ДО ТА ПІСЛЯ ПРОГРАМОВАНОЇ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА НЕЙРОГОРМОНАЛЬНІ ВІДХИЛЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ НЕВРОГЕННИМ СІАЛОАДЕНІТОМ ДО ТА ПІСЛЯ ПРОГРАМОВАНОЇ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ – Обстежено 47 хворих із невrogenним сіалоаденітом. Виявлено в цій групі порушення у ланці симпатoadренaлової системи, яке після проведеного лікування практично нормалізувалося у більшості обстежених. Поряд з цим при психологічному обстеженні (за даними тесту Люшера) виявлено нестійкість саморегуляції ЦНС, зниження самоочуття, активності, настрою за даними САН та високі значення за шкалою нейротизму за даними опитувальника EPQ (Г. Айзенк), що свідчить про схильність у цих хворих до розвитку невротичних розладів.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОГЕННЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ ДО И ПОСЛЕ ПРОГРАММИРОВАННОЙ СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ – Обследовано 47 больных с невrogenным сіалоаденитом. Вывявлено в этой группе нарушения в цепи симпатoadренaлоевой системы, которое после проведенного лечения практически нормализовалось в значительном количестве обследованных. Вместе с тем при психологическом обследовании (за данными теста Люшера) выявлено нестойкость саморегуляции ЦНС, снижения самоочувствия, активности и настроения за данными САН и высокие значения по шкале нейротизма за данными вопросника EPQ (Г. Айзенк), что свидетельствует о склонности этих больных к развитию невротических расстройств.

PSYCHOLOGICAL AND NEUROHORMONAL DEVIATIONS IN PATIENTS WITH NEUROGENIC SIALADENITIS BEFORE AND AFTER PROGRAMMING SENSORY DEPRIVATION – There were examined 47 patients with neurogenic sialadenitis. In this group of patients violations revealed were in the chain of the sympathoadrenal system which after treatment almost returned to normal in a significant number of patients. At the same time, at the psychological inspection (at Lusher test data) there was revealed the instability of self-regulation of the central nervous system, reducing the health, activity and mood by the data SAN and high values of the neuroticism scale according to the questionnaire EPQ (Eysenck), which indicating about the tendency of these patients to the development of neurotic disorders.

Ключові слова: невrogenний сіалоаденіт, програмована сенсорна депривація.

Ключевые слова: невrogenный сіалоаденит, программированная сенсорная депривация.

Key words: neurogenic sialadenitis, the programmable sensory deprivation.

ВСТУП Сучасний темп життя людини супроводжується постійними стресорними ситуаціями, на які організм реагує сукупністю неспецифічних фізіологічних, психологічних та гормональних реакцій. Все це зумовлює необхідність вивчення стану фізіологічних систем організму, а саме, нейрогормональних показників, які перш за все реагують на зовнішні стресові чинники.

Проблема порушення виділення слини в останні роки привертає до себе все більшої уваги. Слина, як природне рідке біологічне середовище, відіграє значну роль

у підтримці гомеостазу порожнини рота, повноцінному перетравлюванні їжі. Психоемоційне перенапруження, особливо часті стресорні реакції, призводять до зменшення швидкості саливації, порушення психічних функцій, у кінцевому результаті – до погіршення якості життя люди.

Медикаментозна терапія невrogenних сіалоаденітів не завжди досягає позитивного результату. Тому ми запропонували лікування даної патології методом програмованої сенсорної депривації. Основу методу складає тимчасова депривація світлових, звукових, гравітаційних та температурних показників, що становлять повсякденний фон людини. Але зовнішні зміни цього фону потребують постійної активації адаптаційних механізмів, що забезпечує пристосування організму до змін навколишнього середовища. Відповідно зменшення сенситивного навантаження буде сприяти відновленню оптимального рівня активності та збалансованості систем пристосування організму.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 47 хворих із невrogenним сіалоаденітом віком від 24 до 40 років. Серед них було 32 (68±7) % чоловіків та 15 (32±7) % жінок. Давність захворювання склала від 2 місяців до 2 років. Усім хворим провели детальне стоматологічне, неврологічне та психологічне обстеження. Було виключено органічне ураження слинних залоз та ушкодження трійчастого нерва. Дослідження концентрації серотоніну в крові проводили флуориметричним методом, основою якого є вимірювання інтенсивності флуоресценції продукту конденсації серотоніну з нінгідрином [1]. Екскрецію катехоламінів – адреналіну та норадреналіну з сечею визначали триоксіндоловим флуометричним методом [2], катехоламіни досліджували до та після лікування.

Для діагностики емоційного стану використали методіку диференційної самооцінки функціональних станів «Самопочуття – активність – настрій» (САН), опитувальник EPQ (Г. Айзенк, 1969), метод кольорових виборів Люшера.

Лікування проводили в спеціальній флоат-камері (кабіна для сенсорної депривації), яка являє собою закриті приміщення, повністю ізольоване від зовнішніх подразників. Посередині kabіни розміщена ванна висотою 25–27 см, яка заповнена рідиною, насиченою сіллю Епсона, що дозволяє пацієнту знаходитися на поверхні, в стані близькому до невагомості. Температуру в kabіні підтримують на рівні 35 °С. Курс лікування склав 10–12 сеансів по 60 хвилин кожний.

При перебуванні в кімнаті сенсорної депривації у пацієнтів часто мали місце галюцинаторні ефекти [5]. Для зняття цих ефектів було розроблено принципіально нову методіку проведення курсу сенсорної депривації відключення каналів сприйняття, під яким розуміють переважне направлення у бік одного із органів чуття, що забезпечує засвоєння інформації, яка надходить із ззовні.

Існує: 1) аудіальний канал – засвоєння інформації проходить переважно на слухових образах; 2) візуальний канал – засвоєння інформації через читання; 3) дигітальний – засвоєння інформації відбувається шляхом

концентрації на абстрактно-логічних образах; 4) кінестетичний канал – засвоєння інформації переважно на фізичних відчуттях.

Усі ці канали є провідними і відповідно кожна людина підходить до сприйняття одних і тих же явищ та фактів індивідуально. Ми відключаємо аудіальний, візуальний та дигітальний канали у пацієнта при входженні до кімнати. Кінестетичний канал, через який проводять програмування сенсорної деривації, залишається відкритим. Таким чином, фокус уваги внутрішнього та зовнішнього сприйняття хворого свого тіла та тих процесів, що проходять в організмі, звужується. Поставлені фільтри на канали вагомо знижують сприйняття подразників і відповідно процес переходить під контроль несвідомого сприйняття свого тіла.

Сприйняття самого себе залишається, але воно не потребує великих затрат енергії організму, а ті ресурси, що звільнені, переключаються на відновлення пошкоджених систем організму в цілому. Зняття стресового фактора у пацієнта під час проведення програмованої сенсорної депривації мозок людини сприймає як подію, що вже відбулася. Відповідно послаблюється “нейром’язовий замок”, що мав місце при стресі – знімається напруження в різних відділах м’язової системи. Ланцюгова реакція порочного кола розірвана [3].

Після закінчення сеансу програма здорового сприйняття навколишнього світу фіксується у свідомості хворого, а ті патологічні програми, що призводили до різних порушень, знецінюються, виводяться зі свідомості як не потрібні пацієнту взагалі. Хворий самостійно приймає рішення, що йому важливо, а що ні, формує нову мету та життєві завдання, яким він повинен приділити увагу.

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали за допомогою програми Statistica 6.0. Висновок про статистичну значимість одержаних даних давали при рівні вірогідності похибки $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Концентрацію серотоніну в крові та екскрецію катехоламінів із сечею у хворих з неврогенним сіалоаденітом представлено в таблиці.

Аналіз досліджень показав, що загальними моментами вказаних відхилень є дезінтеграція функціонування регуляторних механізмів, що спотворює, а в ряді випадків робить неможливим формування як генералізованої, так

і поточної адаптивної метаболічної корекції обмінних процесів.

Після проведеного лікування у пацієнтів вірогідно зменшилася концентрація серотоніну крові. Екскреція адреналіну знизилася, а норадреналіну підвищилася. Вплив програмованої сенсорної депривації можна охарактеризувати як аверсивнонормалізуючий, тобто підвищені показники екскреції катехоламінів знижувалися до нормальних значень, а низькі – зростали. В результаті проведеного лікування кількість хворих, у яких мали місце відхилення даних показників, знизився з 72,8 до 18,3 % ($p < 0,001$).

Унаслідок перебування в кімнаті сенсорної деривації у пацієнта відбувається відновлення звичайного (базового) балансу діяльності відділів вегетативної нервової системи, а катехоламіни є складовою симпатико-адреналової системи. Зменшення периферичної та низхідної імпульсації до підкірно-стовбурових структур призводить до саморегуляції функціональних розладів. Завдяки такій переналадці зменшується потреба у продукції гормонів та медіаторів, відповідно поліпшується продукція слини.

За даними тесту для діагностики тривожних розладів, у 39 (83±6) % ($p < 0,01$) хворих діагностували генералізований тип тривоги. Після лікування він мав місце лише у 6 (13±5) % пацієнтів ($p < 0,001$).

Дисфункцію вегетативної нервової системи, за даними тесту Люшера, виявив нестійкість саморегуляції ЦНС у 47 (32±4) % до початку лікування та у 7 (15±5) % осіб після проведеної програмованої сенсорної депривації ($p < 0,001$).

Самопочуття, як “незадовільне”, за даними тесту САН, при первинному огляді відмічали 42 (89±4) % із 47 (100–2 %) чоловіків. Активність “задовільно” відмічено у 44 (94±4) %, зниження настрою було у 31 (66±7) % обстеженого. Після програмованої сенсорної депривації самопочуття (>50 бал.) як “хороше” було у 43 (92±4) % хворих ($p < 0,001$), активність (30–50 бал.) підвищилася у 40 (85±5) % чоловіків ($p < 0,001$), настрій (>50 бал.) став у 41 (87±5) % ($p < 0,001$).

За одержаними даними опитувальника EPQ (Г. Айзенк), у 45 (96±3) % обстежених до початку лікування були високі значення за шкалою нейротизму, що свідчить про схильність цих хворих до розвитку невротичних розладів. Після проведеної терапії їх кількість зменшилася до 11 (23±6) % осіб ($p < 0,01$).

Таблиця. Екскреція катехоламінів у хворих із неврогенним сіалоаденітом до (1) та після (2) програмованої сенсорної депривації

Група обстеження	Адреналін, нмоль/добу	Норадреналін, нмоль/добу	Серотонін, мкмоль/л
Контрольна група (n=15)	33,3±2,7	157,5±10,7	1,49±0,09
Хворі з неврогенним сіалоаденітом (n=47)	1. 49,2±3,6 2. 31,8±3,2*	1. 138,7±10,2 2. 150,6±10,4*	1. 2,61±10,2 2. 1,55±10,0*

Примітка. * – $p < 0,01$.

ВИСНОВКИ Результати наших досліджень показали високу позитивну ефективність програмованої сенсорної депривації при лікуванні неврогенних сіалоаденітів.

Позитивна результативність даного методу зумовлена відновленням нейрогормональних порушень у діяльності симпатoadреналової системи, психоемоційній сфері. Програмована сенсорна депривація створює умови для концентрації діяльності керуючих структур мозкових півкуль переважно на внутрішніх процесах організму, що забезпечує керування ними на тлі усунення патологічних систем мозку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Костюковская Л. С. Удосконалений метод визначення серотоніну крові хворих в клінічній неврології та психіатрії // Л. С. Костюковская // Укр. вісник психоневрології. – 1993. – № 1. – С. 51–54.

2. Бару А. М. Методика исследования катехоламинов с повышением специфичности триоксииндоловой процедуры / А. М. Бару, Т. П. Бойко ; в кн.: Актуальные проблемы эксперимент. и клин. эндокринологии (тез. Респуб. конф., Харьков, декабрь 1979). – 1979. – С. 126–127.

3. Гоженко А. І. Фізіотерапевтичні методи – програмоване біокерування лікуванням наслідків закритих черепно-мозкових травм : монографія / Гоженко А. І., Коршняк В. О., Насібуллін Б. А. – Одеса ; Харків, 2016. – 72 с.

4. Гоженко А. І. Основы построения теории болезни / А. И. Гоженко. – Одесса, 2015. – 75 с.

5. Насібуллін Б. А. Обґрунтування застосування методу сенсорної депривації для корегування астеноневротичних розладів / Б. А. Насібуллін, В. О. Коршняк // Вісник наукових досліджень. – 2014. – № 4. – С. 13–15.

Отримано 16.12.15